

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

M22- 0005773

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : 163596
 Nom & Prénom : M. abdesarouti
 Date de naissance : 09.01.1957
 Adresse : abdesarouti@gmail.com
 Tél. : 691.82 Total des frais engagés : 691.82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22.03.2023

Nom et prénom du malade : SAROUTI HASSAN Age : 66ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

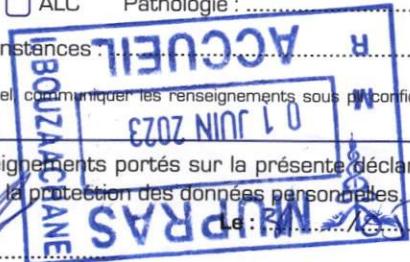
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 01 JUIN 2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/03/23	C	9	3500H	Dr. Khalid LAMN FERMAO-VENDELL Angle Bd Sidi Abderrahmane et Bd Abdellatif Ben Ali Casablanca 322 90 04 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22-03-23	341.80
Pharmacie Naima		

INP : 92044569

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

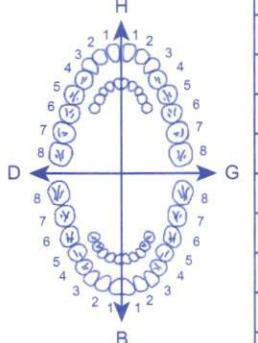
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles

اختصاصي

في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

22/03/2023

الدار البيضاء، في

Mr SAROUTI HASSAN

100.00

GEL SURGRAS NOVADERM

LAVER ET RINCER

58.00 x 2

ONIFINE CREME



LE MATIN PENDANT 2 M

LOT : 064
PER : SEP 2025
PPV : 58 D 00

39.60 x 2

EXODERIL CREME



LE SOIR PENDANT 2 M

LOT : M0037
EXP : OCT 2026
PPV : 39,60 DH

146,60

MYCOSTER 8 % VERNIS



1 FOIS PAR SEMAINE PENDANT 3 MO

ONGLE

Maphar
Bd Alkamil N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Mycoster 8% sol 13ml
P.P.V : 146,60 DH

Barcode: 6 118001 182589

PIEDS

URELIA 50 (BOUTON) 210 dh

LE SOIR

341,80

Dr. Khalid LAMNIAI
PHARMACIE NAIMA
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tel: 0522 90 04 17



Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassan - Casablanca
زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وشارع عبد الهادى بوطالب، الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء

هاتف العيادة الثابت: 05 22 90 04 17 - تل: 05 22 89 19 35 - الهاتف/fax: 05 22 89 19 35

محمول العيادة: 06 69 88 00 95 - Code Postal: 20.230 - E-mail: cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet: 06 69 88 00 95